FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DE TOURS

Année 1967 N° 12

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D' ÉTAT

par

Paulette LE PAGE

NÉE le 10 Janvier 1932 à MAMERS (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le 21 AVR. 1967

L' Enracinement Hospitalier des malades mentaux

PRÉSIDENT de THÈSE

Monsieur le Professeur M . ROUZAUD

MEMBRES du JURY

Monsieur le Professeur E . ARON

Monsieur le Professeur P . SIZARET

Monsieur le Professeur P . LE CHEVALLIER

24. Pays-Bas, Leyde

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549621_0010

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Tours

Année 1967 THESE N°

pour le

DOCTORAT en MEDECINE

Diplôme d'Etat

par

Paulette LE PAGE

née le 10 Janvier 1932 à Mamers (Sarthe)

Présentée et soutenue publiquement le :

L'Enracinement Hospitalier des malades mentaux

Président : Mr. M. ROUZAUD

Membres du Jury : Mr. E. ARON

Mr. P. SIZARET

Mr. P. LE CHEVALLIER

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE TOURS

Doyen : Professeur G. DESBUQUOIS

Assesseur : Professeur M. DURAND

Secrétaire : Monsieur J. GANNIER

- Professeurs Honoraires -

BONNIN - DENOYELLE - FROMENTY - GAUDEAU - HUC - LETELIER - MERCIER - PAULIN.

- Professeurs Titulaires -

ARDOUIN	.....	Oto-Rhino-Laryngologie
ARNAUD	.....	Bactériologie
ARON	.....	Clinique Médicale
BARRE	.....	Chimie Pharmacie
BOULARD	.....	Hygiène et Hydrologie

COMBESCOT	Zoologie Parasitologie
CROUZAT-REYNES	Physique Pharmaceutique
DESBUQUOIS	Clinique Médicale Infantile
DURAND	Matière Médicale
GARESTIER	Botanique
GAUTIER	Thérapeutique
GOUAZE	Anatomie
GRECO	Séméiologie Chirurgicale
HUSSENSTEIN	Clinique Chirurgicale Orthopédique
JOBARD	Anatomie Pathologique
LARMANDE	Ophtalmologie
LIEFFRING	Technique Opératoire
MAILLET	Histologie
RAYNAUD	Pathologie Médicale
RICHARD	Clinique Obstétricale et Gynécologique
ROUZAUD	Clinique Neuro-Psychiatrique
THOUVENOT	Physiologie
VACHER	Médecine Légale et Sociale
VANDOOREN	Pathologie Chirurgicale
VIALARD-GOUDOU	Pharmacie Galénique
VIALLE	Clinique Chirurgicale
WEILL	Biochimie

- Professeurs à titre personnel -

COMBE	Pédiatrie
VARGUES	Bactériologie

- Professeurs sans chaire -

Mme. FOUSSARD	Pharmacodynamie
Mle. HALOT	Chimie Analytique et Minérale
NEEL	Pathologie Expérimentale
SIZARET	Neuro-Psychiatrie

- Maîtres de Conférence Agrégés -

BERTRAND	Médecine Générale
BRIZON	Urologie
Mle. BROCHIER	Médecine Générale
CASTAING	Orthopédie
ECARLAT	Electro-Radiologie
FABIANI	Toxicologie
GLORION	Chirurgie Générale
GRENIER	Maladies Infectieuses
HARICHAUX	Physiologie
LANFRANCHI	Médecine Générale
LE CHEVALLIER	Rhumatologie
LEROUX	Hématologie
MICHEL	Electro-Radiologie
MORAND	Médecine Générale
MOURAY	Biochimie
NIVIERE	Chimie Pharmacie
QUERE	Ophtalmologie
SOUTOUL	Anatomie
WINCKLER	Anesthésiologie

- Faisant Fonction d'Agrégé -

DE LAUTURE ..... Hygiène

DE HEAULME ..... Physique Médicale

- Chefs de Travaux -

BENATRE ..... Anatomie Pathologique

Mle. BLUSSON ..... Pharmacie 4ème année

CHENIEUX ..... Botanique

DEMARET ..... Parasitologie

DENIS ..... Chimie Pharmacie

FRANCOIS ..... Anatomie Pathologique

GRIGUER ..... Hématologie

LUTHIER ..... Médecine Légale et Sociale

MOLINE ..... Physiologie

Mme. REYNOUARD ..... Zoologie

THARANNE ..... Histologie

- Chargés de Cours Complémentaires -

BAUDOUIN ..... Pneumo-Phtisiologie

BOISRAME M. ..... Obstétrique Gynécologie

BOISRAME R. ..... Stomatologie

FRANCOIS ..... Dermatologie

Mme. PASTY ..... Cryptogamie

A mon père

A ma mère

A Monique et Yvane,

En témoignage de mon affection.

A toute ma famille

A tous mes amis.

A Monsieur le Professeur Marcel ROUZAUD

Professeur de clinique Neuro-Psychiâtrique
Médecin du Centre Hospitalier Universitaire
Bretonneau de Tours

Avec notre profonde reconnaissance
pour l'honneur qu'ils nous fait en acceptant
de présider cette thèse.

A Monsieur le Professeur Emile ARON

Professeur de Clinique Médicale

Doyen honoraire de la Faculté de Médecine de TOURS

Officier de la Légion d'Honneur

Commandeur des Palmes Académiques.

Il nous a toujours témoigné un bienveillant intérêt. Qu'il trouve ici l'expression de toute notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Pierre SIZARET

Professeur agrégé,

Médecin des Hôpitaux psychiatriques,

Chevalier de l'ordre de la Santé publique,

Chevalier de l'ordre du Mérite social.

L'exceptionnel enseignement psychiatrique et humain qu'il prodigue a été déterminant dans notre orientation dès nos premiers contacts avec les malades mentaux.

Qu'il veuille bien trouver ici, l'expression de notre reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A Monsieur le Professeur Paul LE CHEVALLIER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de clinique de la Faculté de Paris
Maître de conférences agrégé de rhumatologie
Médecin des Hôpitaux de Tours

Nous lui sommes reconnaissant d'avoir bien voulu faire partie de notre jury.

A Monsieur le Docteur André Adnès

Chevalier de la Légion d'Honneur

Ancien chef de clinique de la Faculté de Médecine de Paris

Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de la Sarthe

Nous avons eu l'honneur d'être son interne. Il a été pour nous un guide bienveillant.

Nous lui exprimons notre profonde reconnaissance et nos remerciements.

A Monsieur le Docteur Pierre GESLAIN

Médecin des Hôpitaux psychiatriques

Nous lui savons gré de son accueil aimable et amical et de ses conseils éclairés.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les conceptions nosologiques aussi bien que thérapeutiques n'échappent pas en Psychiatrie à la règle générale d'évolution de la médecine, mais la maladie mentale rencontre dans le contexte évolutif social des problèmes de résistance plus particuliers. L'étude de cette évolution nous montre comment peu à peu s'est installée dans les esprits, la notion de maladie psychiatrique.

Primitivement, tous les efforts d'assistance visaient à protéger la société contre les réactions imprévisibles de ces personnages quelque peu "ensorcellés", et il n'était venu à l'idée de personne d'envisager la remise en circuit de ces sortes de monstres.

Les établissements dans lesquels ils étaient alors groupés, ressemblaient plus à des "maisons de dépôts" qu'à des hôpitaux, proprement dits. Le personnel, recruté parmi

les villageois ou ouvriers de la région était d'un monde peu évolué et avait essentiellement un rôle de gardien. Son seul but était la maîtrise du malade et les moyens dont il disposait étaient alors la camisole, la cellule, et les brimades qu'il pouvait inventer à son gré.

C'est au XIXème siècle, sous l'impulsion de Pinel et d'Esquirol en France, de Tuke en Angleterre, qu'une véritable révolution se produisit condamnant les abus et séquestrations arbitraires, supprimant les chaînes et introduisant une note d'inspiration généreuse et humanitaire dans la considération des malades mentaux. Largement suivi, ce mouvement d'humanisation eut de nombreux adeptes et transforma totalement l'allure des asiles, conduisant à une conception nouvelle de la psychiatrie. Désormais considéré en être humain, le malade fut l'objet de toute l'attention du personnel soignant. Et progressivement, on vit apparaître et se développer les différentes méthodes de psychothérapie transformant l'asile en service psychiatrique : par l'organisation d'une vie collective, d'activités de groupes, la création d'ateliers d'ergothérapie, l'introduction d'occupations socio-culturelles dans les services.

Cet élan philanthropique donna bien vite au psychiatre une attitude paternaliste.

Ainsi protégés dans ce milieu sécurisant de structure artificielle, encadrés par un monde qui ne se choquait pas de leurs troubles, les malades ont peu à peu réorganisé leur vie s'implantant de plus en plus dans les services et faisant de l'hôpital psychiatrique un véritable "village serre". En marge de la société, un nouveau monde s'était ainsi créé et nul ne pensait pouvoir en modifier le rythme jusqu'en 1950 où l'apparition des neuroleptiques bouleversa de nouveau les conceptions psychiatriques. Permettant une importante régression des troubles, ils laissaient envisager la possibilité d'une sortie.

Le psychiatre devient alors soignant à part entière. Il est armé contre la maladie.

La curabilité de tous les malades mentaux est envisagée. Le terme de "chroniques" est banni. La structure même des hôpitaux psychiatriques est établie en fonction de cette perspective. L'hôpital psychiatrique devient un véritable instrument de travail pour le psychiatre. Ce dernier adapte cet outil à ses besoins ; son rôle de soignant ne lui permet plus de laisser s'enraciner les malades ; mais il n'est pas

facile de déraciner ces anciens malades pour qui la vie ici est sans soucis alors que la réadaptation sociale est difficile après un séjour prolongé. Nombreux facteurs sociaux entraînent des échecs de sortie, d'où l'encombrement des services.

Ainsi, l'évolution de l'asile en hôpital a soulevé de nombreux problèmes, et dès nos premiers contacts avec le milieu psychiatrique, nous est apparu celui de la sortie et de la réinsertion sociale.

Pour tout un groupe de malades, en effet, cette sortie ne paraît pas réalisable. Alors qu'à l'hôpital, parfois même sans thérapeutique, ils présentent pendant de longs mois, un comportement normal et s'occupent activement, au dehors, la vie semble impossible et toute tentative de sortie est un échec.

D'où vient cette difficulté ? Est-elle en rapport direct avec l'évolution de la Psychiatrie ? L'amélioration des conditions de vie en milieu psychiatrique en est-elle la cause ?

Quels sont ces malades qui, guéris de leurs troubles psychiatriques, ou tout au moins très améliorés, présentent en

quelque sorte ce nouveau syndrôme, celui de la fixation à l'hôpital ? Véritable enracinement que l'on ne peut neutraliser sans entraîner une rupture de l'équilibre retrouvé.

Ce sont là les points que nous nous proposons d'exposer dans ce travail.

- Après avoir essayé dans une première partie de définir cet enracinement, montrant comment il est une hyperadaptation, nous présenterons un certain nombre d'observations recueillies à l'hôpital psychiatrique du Mans dans les services du Docteur ADNES, du Docteur GESLAIN et au quartier psychiatrique de Tours dans le service du Professeur SIZARET.

- A partir de ces observations, nous verrons dans une seconde partie ce que sont ces malades enracinés.

- Dans une troisième partie, nous rechercherons les causes de cet enracinement, essayant d'étudier pour conclure le moyen de remédier à ce problème et peut-être même de le prévenir.

DEFINITION

de

L'ENRACINEMENT

DEFINITION DE L'ENRACINEMENT

Si nous choisissons ce terme d'enracinement, c'est qu'il implique à lui seul l'idée d'une fixation profonde et progressive dans le temps.

Il ne peut être question de fixation qu'à partir du moment où, passé l'épisode qui a déterminé l'hospitalisation, le malade est en mesure de critiquer ses troubles, et se montre capable de mener une activité suivie et régulière justifiant son retour à une société normale. Il est alors considéré comme guéri.

D'une façon générale, l'idée de guérison implique l'idée d'un retour à l'état normal de toutes les fonctions physiques et physiologiques. Le malade redevient un sujet sain, capable de reprendre sa place dans la société sans gêne pour lui-même ni pour son entourage. Comme d'un coup de gomme, tout signe pathologique a été effacé.

En fait, on peut rarement parler de véritable guérison en psychiatrie. Il n'y a pas régulièrement "restitutio ad integrum". Mais, même dans ce cas qui nous intéresse, le malade mental reste de par ses souvenirs, marqué par son passage en milieu psychiatrique. Il en a conscience. Il manque d'assurance, d'élan vers l'autonomie. C'est alors qu'apparaît le "vertige de la sortie".

Délivré de son angoisse, mis en confiance grâce à tous les "supports" trouvés dans le service, il se sent capable et désire vivre "comme les autres". Mais une fois qu'il sera replacé dans les conditions de vie antérieure, hors de ce milieu "sécurisant" qu'a été l'hôpital, les troubles ne réapparaîtront-ils pas ? Par ailleurs, la société acceptera-t-elle sans arrière pensée parmi ses membres, cet homme reconnu un temps comme incapable de se conduire seul dans la vie ? Plus ou moins consciemment, le malade se pose des questions. Alors, après avoir au début protesté contre son hospitalisation, passé un certain stade que nous reverrons, le malade s'enferme dans une sorte de résignation.

Adapté à cette nouvelle société qui ne demande pas trop d'efforts, il s'installe dans une certaine passivité et s'il demande de temps à autre sa sortie, c'est avec bien peu

de conviction. Certains même, évitent d'aborder la question de la sortie. Stabilisés du point de vue clinique, ils ne sont plus l'objet d'aucune remarque comme le traduit la pauvreté des observations à leur sujet.

Cette fixation se fait progressivement dans le temps. En effet, l'acceptation hospitalière n'est pas réalisée d'emblée pour tous les malades mentaux. Il arrive que l'on se heurte à une certaine réticence. Perturbé dans sa vie sociale, le malade se sent mal à l'aise, un être à part et incompris pour lequel, pense-t-il, personne n'est en mesure d'intervenir favorablement.

- "Je n'aurais pas dû venir ici, déclare-t-il, je ne suis pas malade, ou, de toute façon ce n'est pas vous qui pourres résoudre mon problème." Ou encore, "ce n'est pas moi que l'on aurait dû enfermer, mais tous ceux qui me font du mal".-

Le malade souffre moralement. Son angoisse est certaine au contact de ce milieu qu'il a toujours craint. Il a besoin d'être rassuré, mis en confiance pour admettre la nécessité de cette hospitalisation. L'accueil du personnel, l'attention dont il est l'objet l'aident progressivement à cette adaptation nécessaire. Il perçoit le besoin d'un traitement. Plus coopérant, il accepte alors volontiers une chimiothérapie

et devient plus accessible à toute psychothérapie.

Cependant, plusieurs cas doivent être distingués :

- l'un d'eux est représenté par des malades qui continuent à réclamer leur sortie et refusent de façon persistante l'hospitalisation et le traitement mais restent profondément psychotiques.

- dans un autre, d'abord réticents, quelques malades admettent progressivement la nécessité de leur hospitalisation. Ils réclament "gentiment" leur sortie, sans trop d'insistance et acceptent progressivement le traitement, mais n'en ont pas moins l'espoir de sortir le plus vite possible. Cette transformation du "vécu" de l'internement marche le plus souvent de pair avec l'amélioration clinique.

- d'autres acceptent d'emblée leur admission en milieu psychiatrique et l'ont peut-être même sollicitée mais partiront quand le temps sera venu.

- un dernier groupe enfin, est constitué par des malades qui peu à peu ou rapidement familiarisés avec l'entourage et le cadre hospitalier, s'intègrent totalement à cette nouvelle société. Alors que, sur le plan clinique, tout plaide en faveur d'une sortie, ils s'organisent une petite vie sans

histoires à l'intérieur de l'hôpital et constituent progressivement "le sédiment asilaire". Cette fixation enfin est profonde. Progressivement incrustés à l'hôpital, ces malades en font partie intégrante et il semblerait que l'on ne puisse pas les en séparer. Peu à peu, tout les rattache au service et les liens qu'ils se sont ainsi créés avec l'entourage des médecins et du personnel font qu'une sourde complicité évite d'aborder le problème de la sortie.

De tous temps a existé dans les hôpitaux psychiatriques, ce "bon malade" se chargeant des petites corvées, le type parfait de l'ordonnance militaire, toujours prêt à rendre service. Autrefois déjà, les communautés soignantes, les hospices, favorisaient cette fixation de quelques malades qui finissaient par être considérés comme faisant partie du personnel et qui auraient tout aussi bien pu vivre à l'extérieur. Actuellement même, chaque médecin garde encore le souvenir de ces fidèles malades qui pour les uns s'occupaient de travaux ménagers, pour les autres faisaient un peu de jardinage, comme si après la guérison d'un épisode aigu, ils se sentaient redevables et pour s'acquitter de leur dette, se conduisaient en véritables serviteurs, ayant acquis la confiance de chacun.

L'administration est elle-même satisfaite d'avoir de la main-d'oeuvre à bon marché, et disponible en permanence, dimanches compris. Cette tolérance a fait que des malades admis dans les services pour des épisodes aigus, ont été finalement classés dans la catégorie des chroniques, cherchant à se faire oublier par leur discrétion et leur régularité dans le travail. Cette activité même leur évite le qualificatif de chronique qui prend " l'apparence d'un vocable terrible chargé dans toutes les directions d'intentionnalités tragiques signifiant pour le malade : démission, abandon, voire même condamnation". On ne peut parler pour lui "d'enkystement des chroniques", ce terme implique trop une idée de stagnation, d'inactivité. Beaucoup ont préféré celui de pensionnaire, il nous paraît également plus exact, car la plupart de ces malades ne sont pas passifs, mais s'occupent au contraire régulièrement à des tâches utiles.

Ainsi, après avoir désiré cette adaptation nécessaire à la bonne conduite du traitement, après avoir tout fait pour apprivoiser ce malade inquiet à son entrée, le médecin se trouve parfois comme dépassé par le résultat de son action et le malade trop bien installé, refuse plus ou moins ouvertement d'accepter une sortie. Il s'avère à ce moment que plus l'hospitalisation est prolongée, plus la réadaptation hors de

l'hôpital est difficile.

Notons que ce problème n'est pas particulier aux médecins-psychiatres, mais qu'il se pose également à différents spécialistes : le phtisiologue voit fréquemment s'installer dans sa maladie, le tuberculeux rétabli par un long séjour en sanatorium. Les orthopédistes eux-mêmes ont à intervenir énergiquement auprès de leurs opérés qui acceptent mal une rééducation. Le problème est encore le même pour certains poliomyélitiques, et, d'une façon plus générale, pour toutes les maladies de longue durée.

Nous ne considérerons ici que des malades traités en milieu psychiatrique et dont une hospitalisation prolongée ne se justifie plus cliniquement car la preuve sociale de la guérison est le détachement affectif et l'indépendance vis-à-vis d'une institution thérapeutique qui a été utile au malade mais dont il n'éprouve plus le besoin.

Ces malades seront uniquement des malades réadaptables, nous éliminerons de notre étude, le groupe des chroniques constitué par les déments, les malades atteints de troubles organiques sévères et les médico-légaux.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

Dans leur présentation, nous grouperons nos observations suivant la liste des catégories diagnostiques établie par le Ministère de la Santé publique et de la Population, en décembre 1964, et que nous présentons ci-après.

CATEGORIES DIAGNOSTIQUES

01. Psychose maniaque dépressive. Manies. Mélancolies (9.10.11)

02. Etats confusionnels aigus ou subaigus (18)

03. Syndromes délirants aigus. Bouffées délirantes. (12)

04. Schizophrénies chroniques. Démences précoces. (17)

05. Délires chroniques systématisés. (13.14.15. et 16)

06. Psychoses alcooliques. (19.20. et 21)

07. Alcoolisme chronique (en dehors des psychoses alcooliques). (1)

08. Paralysie générale. Autres troubles mentaux de la syphilis. (23.24. et 25).

09. Troubles mentaux de l'épilepsie. Epilepsies. (31)

10. Etats démentiels de la sénilité et démences préséniles. (26.28. et 29)

11. Troubles mentaux symptomatiques d'une affection cérébrale ou générale autre que citées. (27 et 32).

12. Névroses. Etats névrotiques. Affections psychosomatiques (8)

13. Etats de déséquilibre mental. Personnalités psychopathiques. Perversions. Toxicomanies (en dehors de l'alcoolisme) (5.6.7.22)

14. Etats d'arriération. Oligophrénies. (1.2.3.4.)

15. Etats non classables dans les catégories précédentes. (33.34.35)

(1) Malades relevant d'un traitement en Centre ou Section de rééducation pour alcooliques et placés dans un hôpital psychiatrique en l'absence de ces formations.

Observation I.

Pierre G... a été hospitalisé à plusieurs reprises dans le service et chaque séjour s'est déroulé suivant le même processus.

Admis pour la première fois à l'âge de 67 ans, au cours d'un épisode dépressif avec troubles hypochondriaques, le malade pense à son entrée que son mal est irréversible. "Je suis trop pris maintenant, çà s'aggrave de jour en jour, je suis sur la mauvaise pente". Il refuse toute nourriture, s'oppose à toute thérapeutique. "A quoi bon, déclare-t-il d'un air las et résigné". Après 3 semaines d'hospitalisation, il accepte une alimentation normale, puis commence à s'occuper à de menus travaux au pavillon. Un mois après son admission, il est dirigé vers les ateliers d'ergo-horticulture où il effectue de son mieux, les travaux qui lui sont confiés. Son travail est régulier, il est tout à fait rétabli sur le plan physique, mais l'idée d'une sortie ne le satisfait pas. Trois tentatives sont un échec. A des intervalles de temps variant de un à trois mois, il est de nouveau adressé dans le service, cachectique, se plaignant de troubles divers avec idée d'incurabilité.

Après deux mois d'hospitalisation, l'amélioration de nouveau retrouvée, l'état de Pierre G... ne justifie plus son séjour en milieu psychiatrique. L'expérience des sorties précédentes n'engage pas à le laisser partir chez lui où il se retrouvera seul pour s'occuper de son entretien, sa nourriture, son chauffage. On pense alors à un placement en hospice. Après un long entretien, il semble accepter cette idée, mais quand l'assistante sociale lui apprend qu'une place lui est réservée dans un hospice de la région, il refuse d'y partir. Aucun argument ne peut le décider. Une nouvelle tentative de désadaptation est alors tentée en mutant le malade dans un pavillon moins confortable. Il reconnaît ne pas être satisfait de ce changement, mais sait se rendre utile, s'occupant aux travaux ménagers et secondant les infirmiers pour toutes les tâches matérielles particulièrement nombreuses dans ces pavillons de gâteux.

Au bout de quelques jours, une nouvelle proposition d'un départ en hospice lui est faite. Il refuse, déclarant préférer sa mutation définitive dans un tel pavillon de chroniques plutôt qu'une sortie pour un hospice.

Ainsi, à chaque amélioration, toute tentative de sortie a été un échec. Rétabli physiquement et psychiquement,

après avoir prouvé qu'il était tout à fait capable de travailler de façon correcte, Pierre G... qui acceptait très mal l'hospitalisation lors de son admission, s'est montré très attaché au service et incapable de s'en séparer.

Observation II.

Très anxieux à son admission, au mois de mars 1966, Louis L... ne croit pas à la possibilité d'une guérison et appréhende la sismothérapie. A ses idées d'incurabilité, s'ajoutent des troubles hypochondriaques.

La chimiothérapie n'ayant donné aucun résultat notable, au bout de quinze jours d'hospitalisation, on entreprend une série d'électrochocs sous curare.

Plus rassuré au lendemain de la première séance, Louis L... se montre totalement différent après cinq traitements. Moins anxieux, il est plus détendu et souriant. Grand vieillard sympathique, il a un très bon contact avec les autres malades comme avec le personnel.

Après dix séances d'électrochocs, on envisage la sortie, mais aussitôt le comportement de Louis L... se modifie. De nouveau inquiet, il se referme sui lui-même, prend l'air soucieux et figé du mélancolique. Les troubles hypochondriaques réapparaissent, il dort mal. Il finit par nous confier qu'il préfèrerait avoir davantage d'électrochocs. "J'ai tellement peur des rechutes, il y a trop longtemps que je suis

malade". C'est un véritable vertige qui semble envahir Louis L... Deux autres électrochocs lui sont faits ; de nouveau, Louis L... se trouve amélioré et il n'accepte de parler de sortie qu'après avoir obtenu l'assurance que s'il rechutait, le médecin l'accepterait de nouveau dans le service.

Observation III.

Admis en 1966, dans un état dépressif sévère, de type mélancolique, Daniel G... regrette à son entrée d'avoir accepté son hospitalisation. Il se considère indigne de tous les soins qui lui sont apportés et pense qu'aucune thérapeutique ne pourra être un remède à son mal. Ses idées d'auto-accusation persistent une dizaine de jours, puis peu à peu, Daniel G... retrouve un sommeil plus régulier. Il entrevoit la possibilité d'une guérison et se montre de plus en plus actif au pavillon. De niveau social élevé, il demande à être employé à de petits travaux ménagers (vaisselle, balayage, etc...).

Plus ouvert, souriant, de très bon contact, il ne se montre plus pressé du tout d'envisager sa sortie, il reconnaît lui-même l'appréhender et, dans la crainte d'une rechute, préfère prolonger son séjour à l'hôpital. La date de sortie doit lui être doucement imposée, mais l'entourage ressent nettement que le malade n'en est pas pleinement satisfait.

Progressivement adapté au service où il a vu ses troubles régresser, il redoute sa sortie.

Observation IV.

Après plusieurs hospitalisations pour une psychose maniaco-dépressive, Célestin D... s'est fait sa place au bureau du chef de l'ergothérapie.

Son état amélioré, des permissions lui sont accordées pour qu'il se rende dans sa famille et Célestin D... envisage sa sortie à la fin de son congé de maladie. Mais chez lui, l'accueil est de plus en plus froid. L'épouse, qui a trouvé un emploi aux Papillons Blancs, soulève à chaque projet de sortie, de nombreuses difficultés. Peu à peu, les permissions posent de nouveaux problèmes, et s'espacent. Manifestement, la famille coupe les liens qui la rejoignent au malade et ce dernier le réalise clairement.

Bien intégré dans l'équipe directrice de l'ergothérapie, il pense alors se faire mettre en invalidité et continuer à travailler à l'hôpital au titre des handicapés physiques.

L'enracinement est total, Célestin D... ne peut envisager son avenir en dehors de l'hôpital.

Observation V.

Délirant, mystique, halluciné, admis en état d'excitation psychomotrice, René L... est l'un des exemples spectaculaires que citent les infirmiers qui ont vu se modifier les malades sous l'action des neuroleptiques.

La chimiothérapie, en effet, a eu raison de son excitation et René L... semble avoir rectifié les idées délirantes mystiques qu'il extériorisait à son admission en 1946.

Une réadaptation tentée dans les ateliers d'ergothérapie réussit parfaitement et l'on pense pouvoir envisager une sortie. Mais, alors que sa femme semblait très préoccupée par sa guérison et lui rendait régulièrement visite, dès la proposition d'une sortie de son malade, elle change d'attitude. Elle ne refuse pas ouvertement, mais trouve des foules de raisons pour retarder le retour de son mari (travaux en cours, manque de place...).

René L... réalise que son épouse n'est plus disposée à le reprendre et a réorganisé sa vie sans lui.

Il parle de moins en moins de sa sortie. Il s'exté-

riorise peu, mais semble très déçu. Il arrête son travail, restreint ses activités. Toujours aimable quand on l'aborde, il ne manifeste pas d'autres troubles mais à cette sortie manquée, correspond nettement une perte de l'élan vital et René L... s'est installé désormais dans une vie asilaire, profitant seulement des activités sociales de l'Etablissement.

Observation VI.

Admis en 1951 à l'âge de 23 ans, Alexandre G... est un schizophrène qui travaille régulièrement et avec application à la menuiserie. De bon contact, il est calme et sans histoires.

Sa famille qui paie intégralement les frais de l'hospitalisation, aimerait le reprendre, mais deux essais de permissions de quatre jours ont été un échec.

Au cours de la première période, il a travaillé à l'entreprise familiale et son comportement a fait conclure aux parents qu'une réadaptation était possible. Dès son retour dans le service, Alexandre G... se refuse à choisir le jour d'une prochaine sortie, il évite d'aborder ce sujet et il faut le harceler pour le faire écrire chez lui.

Pendant une seconde permission de quatre jours, il s'occupe de façon aussi satisfaisante, mais repousse absolument toute proposition de sortie. Il veut bien de temps à autre, aller en vacances dans sa famille, mais préfère rester hospitalisé. L'éventualité d'une suppression de permission ne le fait pas changer d'avis. Il veut demeurer à l'hôpital. Son attachement est total.

Observation VII.

Marcel F... est un instituteur dont la schizophrénie évolue par poussées. Admis pour la première fois dans le service à l'âge de 28 ans, en 1939, il a présenté successivement sur un fond de discordance, des accès dépressifs et des bouffées d'excitation psychomotrice.

Lobotomisé à Sainte-Anne, à l'âge de 37 ans, il présente une amélioration considérable et pendant dix ans, reprend une vie normale. Mais un nouvel accès d'excitation l'amène de nouveau dans le service. Rétabli en deux mois, il s'occupe avec soin et application de la bibliothèque de l'hôpital, aimable avec tous il n'est ni agité ni agressif et, depuis huit ans, son comportement est tout à fait satisfaisant, mais la famille qui l'accepte régulièrement en permission, s'oppose à une sortie. Lui-même n'en manifeste pas le désir, il se considère comme employé de l'hôpital et envisage même d'ici quelques temps, d'abandonner son emploi de bibliothécaire pour prendre sa retraite dans un pavillon.

Son attachement à l'hôpital est tel que l'idéal pour lui est d'y rester et qu'il ne peut penser finir ses jours ailleurs.

Observation VIII.

Admis à l'âge de 27 ans en 1945, Alphonse M... présente une psychose paranoïde accompagnée d'épisodes de vie végétative, d'inertie et d'agitation impulsive.

Après une lobotomie bilatérale faite en 1950, il devient plus calme et de meilleur contact.

Employé dans l'équipe d'ergo-horticulture, il s'y plaît et devient l'homme de confiance qui fait les travaux délicats.

Pensionné militaire à 100 %, il pourrait mener cette même vie hors de l'hôpital, mais à la sortie de chacun de ses camarades, il déclare attendre d'en voir le résultat avant de suivre le même chemin.

On tente de le retirer de l'équipe où il s'est si bien intégré, mais il n'arrive pas à s'en détacher et cesse tout travail dans un autre atelier. Il présente alors un épisode ictérique et en profite pour poser ses conditions : il ne retournera au travail que s'il est de nouveau affecté à l'ergo-horticulture.

horticulture.

Toute tentative pour le détacher de l'hôpital est vaine. Il s'est intégré totalement à ce milieu et ne peut accepter d'en être séparé.

Observation IX.

Hospitalisé depuis vingt ans, Henri P... est un schizophrène calme et sans histoires qui travaille régulièrement au jardin. Peu bavard, il ne communique pas avec les autres malades ou le personnel. Il vit isolé, mais assure très correctement tout travail qui lui est demandé.

Il n'a plus de famille pour s'occuper de lui, il se sent ici, chez lui, et a toujours refusé toute proposition de sortie.

Observation X.

Admis à l'âge de 31 ans, en 1959, pour un état délirant évoluant depuis plusieurs années, Gustave L... présente une nette amélioration après l'institution d'un traitement aux neuroleptiques.

Après une période d'inactivité totale, nous le voyons devenir membre actif des équipes sportives. Durant son hospitalisation, ses parents meurent tous deux accidentellement, asphyxiés au gaz. Dès lors, Gustave L... s'installe à l'hôpital psychiatrique comme chez lui, le service a remplacé son foyer et si on aborde avec lui la possibilité d'une sortie, son visage s'assombrit, se fige et il se bloque dans un mutisme irréductible.

Le monde de l'hôpital est devenu sa famille.

Observation XI.

Admis pour la première fois à l'âge de 26 ans en 1938, Fernand R... est un épileptique pour lequel on tente un placement en hospice. Mais, alors qu'il était calme et avait un comportement satisfaisant à l'hôpital, il se plie difficilement à la discipline de l'hospice, s'ennivre et se dispute avec les autres pensionnaires.

Réadmis en psychiatrie, il est de nouveau aimable et docile, aidant utilement les infirmiers dans un service de grabataires où il s'occupe activement à de menus travaux ménagers.

Actuellement, stabilisé grâce aux anticomitiaux, il va depuis trois ans travailler régulièrement dans les jardins extérieurs de l'hôpital et ne pose pas de problèmes.

Tout à fait adapté, il s'est recréé ici un monde bien à lui, et ne désire nullement aller vivre ailleurs.

Observation XII.

Petit névrotique de 21 ans, Pierre T... s'est accommodé de sa névrose, jusqu'en 1963 et a été traité en cure ambulatoire. Hospitalisé à cette époque sans motif précis, il est traité par narcoanalyses.

Son comportement dans le service est très satisfaisant tant au pavillon que dans les ateliers d'ergothérapie. Il profite largement de tous les avantages de cette société artificielle mais dit appréhender la vie hors de l'hôpital et estime qu'il est incapable de vivre comme tout le monde. Il s'étudie beaucoup, se plaint de tachycardie, de malaises divers.

Dans l'espoir de le lasser de l'hôpital, le médecin-chef le mute dans un pavillon un peu plus austère. Là, il s'accoutume au mieux et demande des narcoanalyses.

Après un an d'hospitalisation lui expliquant que son séjour dans le service n'est pas justifié, on l'engage à partir. Ses troubles sont identiques à ceux présentés lors de l'admission.

Quelques mois après, Pierre T... demande à nouveau

son hospitalisation. Suivant les consignes du médecin-chef,on parvient à l'en dissuader.

Peu de temps après, il est retrouvé par un infirmier comme cafetier dans un bar de la Gare Montparnasse.

Il va bien, mais garde contact avec l'hôpital en écrivant au personnel.

Observation XIII.

Agé de 17 ans, Emile P... est un névrotique aux troubles incertains et divers. Placé à l'Assistance Publique à l'âge de 10 ans, il a vécu trois ans en nourrice puis a travaillé irrégulièrement en usine.

Très vite adapté au service, il se plaint de céphalées et de troubles de la vision dès qu'il est question de sortie et déclare même de façon catégorique qu'il lui sera impossible désormais, de vivre hors de l'hôpital. Tout son comportement traduit une immaturité affective.

De niveau intellectuel correct, il avait jusque là tout fait pour reculer son départ, menaçant même de se suicider si on l'obligeait à partir.

C'est la crainte d'un traitement plus important qui, après neuf mois d'hospitalisation, lui fait accepter sa sortie.

Revu par la suite, il présentait un comportement satisfaisant.

Observation XIV.

Roger N..., âgé de 40 ans, se présente à son admission, en 1966, comme un déprimé. Hospitalisé dans un pavillon neuf, particulièrement confortable, il s'adapte rapidement, et très vite, son comportement fait reviser le diagnostic.

Ouvert et facilement chahuteur avec les autres malades et les infirmiers, il change tout à fait de visage devant les médecins. On envisage sa sortie, mais Roger N... prétend qu'il est alcoolique et désire suivre une cure de dégoût. Ces renseignements sont confirmés par la famille. Le traitement est entrepris. A la fin de cette cure, il dit se sentir de nouveau déprimé et être incapable d'affronter le monde de l'extérieur. A chaque instant, il retarde la date de sa sortie et semble rassuré en apprenant qu'il pourra revenir dans le service pour de nouvelles épreuves de sensibilisation.

Un peu pressé par les médecins, il se sent obligé de sortir mais son attitude laisse prévoir qu'il fera tout pour revenir dans le service, comme il a déjà tout fait pour y rester. Son attachement au service est certain.

Observation XV.

Admis pour la première fois en 1954, à l'âge de 35 ans, en état de délirium, Gilbert C... est désintoxiqué et sensibilisé à l'alcool par l'Antabus. L'année suivante, il présente un état confusionnel après absorption simultanée d'alcool et d'Espéral. Quatre mois après sa sortie, ramassé ivre par la police et après un passage à l'hôpital général, il est dirigé en Psychiatrie. Il est déjà bien connu du personnel et à son réveil, essaie d'apitoyer les médecins sur son sort, demandant à être maintenu en observation quelques jours. Au cours d'une nouvelle ivresse, il refuse d'entrer à l'hôpital général et demande à être envoyé en Psychiatrie. Par la suite, les admissions en état d'ivresse se rapprochent, les séjours se prolongent.

Alors qu'il est sans famille et sans domicile, un placement est tenté dans une ferme. Peu de temps après, l'assistante sociale écrit au médecin-chef : "les patrons en sont très satisfaits, c'est un excellent travailleur, correct qui semble bien habitué chez eux. Il prend très strictement ses médicaments et ne semble nullement gêné de ne boire que de l'eau devant les autres". Mais, un mois après, il est de nouveau

admis en état d'ivresse. Une cure d'Apomorphine est prescrite et après un long entretien, on prévient Gilbert C... que, s'il se présentait de nouveau en état d'ivresse dans le service, son séjour serait beaucoup moins agréable et qu'il serait affecté dans un pavillon un peu moins agréable. Un accident de mobylette entraîne une nouvelle hospitalisation. Sur sa demande, il est adressé à l'hôpital psychiatrique. Très vite remis, Gilbert C... est manifestement heureux de se retrouver dans un service qu'il connaît bien et s'occupe activement au pavillon.

Il avait repris à sa sortie, ses habitudes d'éthylique et le médecin-chef pense alors qu'un séjour dans un établissement de post-cure pourrait lui être bénéfique. Il semble accepter à la première proposition, mais une fois achevées les démarches administratives, quand arrive le moment du départ, Gilbert C... refuse. Il avoue lui-même ne se plaire que dans ce service où il a été admis à maintes reprises et en dehors duquel il se sent totalement désoeuvré et isolé.

Ainsi, à chaque nouvelle hospitalisation, ce malade s'est un peu plus attaché au service où il se sent soutenu et encadré, agréable avec tous, travailleur, il a su gagner la sympathie de chacun et s'est recréé un monde dont il ne peut plus se séparer.

Observation XVI.

Débile mental profond, Roger D... avait été interné à l'âge de 20 ans sur rapport médico-légal, étant inculpé de vols. Il s'était alors révélé paresseux, fugueur et commettant de multiples petits larcins.

Peu à peu calmé et discipliné à l'Etablissement, il a pu être occupé à des tâches suivies (jardinage, maçonnerie). Membre de l'association sportive de l'Etablissement, il s'est montré en particulier très bon joueur de foot-ball et de tennis.

Sorti à plusieurs reprises en permission de quelques jours chez une de ses tantes, il a toujours eu un comportement satisfaisant et après onze ans d'hospitalisation on a envisagé son placement chez un maraîcher. Au bout de deux mois, ce placement s'est avéré être un échec. Roger D... s'est mis à boire et à son retour dans le service, nous a déclaré lui-même : "je ne peux plus vivre dehors, j'ai demandé à revenir ici".

Totalement réintégré dans le service, depuis son retour, il donne toute satisfaction aux infirmiers qui s'en occupent tant au pavillon qu'aux ateliers ou dans les équipes

de sport.

Interrogé sur la possibilité d'une sortie, il déclare se sentir incapable de faire face aux difficultés du dehors : "je ne suis bien qu'ici".

Sur le plan du travail comme sur le plan des loisirs, il a organisé sa vie à l'hôpital et c'est dans ce seul milieu qu'il se sent vivre librement.

Observation XVII.

Admis en 1933, à l'âge de douze ans et demi, Raymond B... est un débile mental dont le quotient intellectuel est de 64, qui s'est fort bien adapté à la vie asilaire. Depuis son admission, il n'a jamais posé de problème et a fort bien compris ce qu'il fallait faire et ne pas faire pour rester dans la ligne d'une vie hospitalière. De comportement satisfaisant, il rend service dans la mesure où il le peut. Sa vie s'est cristallisée sur l'hôpital psychiatrique, mais il est très au courant des affaires extérieures telles que la politique et les actualités. Profitant de tous les avantages offerts à l'hôpital et participant effectivement à toutes les activités, il est le type même du "produit asilaire". Arriéré affectif, il a trouvé à l'hôpital, le milieu qui lui convient.

Observation XVIII.

Après avoir été admis pour la première fois à l'âge de vingt ans, en 1946, pour un épisode catatonique, Fernand H... s'active de plus en plus au pavillon. A cinq reprises, un placement est tenté en milieu agricole. Les derniers employeurs, aimables et compréhensifs, le considèrent comme un membre de leur famille. Il semble avoir trouvé là un milieu qui lui convient. Le travail lui plaît, il vit en parfaite entente avec ses patrons auxquels il donne toute satisfaction. A plusieurs visites de l'assistante sociale, tout le monde manifeste son enchantement. Mais au bout de deux ans, sans raison apparente, peu à peu Fernand H... devient plus distant, s'intéresse de moins en moins à son travail, refuse tout contact avec l'extérieur, s'alimente peu.

Hospitalisé, il se réadapte très rapidement au service, il ne cache pas son plaisir de retrouver le personnel soignant et reprend à la cuisine l'occupation qu'il avait lors de ses précédents séjours.

Après un mois d'hospitalisation, de bon contact et en parfait état physique, il est repris par ses patrons, mais

les rapports ne sont plus les mêmes qu'auparavant. Peu aimable, Fernand H... ne reprend pas un travail régulier et ne désire qu'une chose, travailler aux cuisines de l'hôpital.

Au bout d'un mois, il est réadmis dans le service. Dans l'espoir, alors, de lui faire changer d'avis, et pour rompre la routine, le médecin-chef décide dès son amélioration de le diriger vers les ateliers d'ergo-horticulture et non à la cuisine où il trouvait des éléments favorisants son enracinement. Mais la réadaptation se fait tout aussi rapidement. Très vite, Fernand H... retrouve son sourire et sa bonne forme qui s'altèrent dès que l'on parle d'une nouvelle sortie.

La fixation à l'hôpital est manifeste. Il s'y plaît et maintenant, aucune proposition ne semble pouvoir lui être faite alors que son état justifierait un placement semblable à celui qui avait déjà été tenté.

Observation XIX.

Débile mental et épileptique, Robert H... avait été placé en hospice en raison d'une atrophie du membre droit, séquelle de paralysie infantile. Brusquement, à l'âge de 17 ans, il a présenté des troubles importants de l'humeur et du caractère. Admis alors à l'hôpital psychiatrique, en 1950, il a été peu à peu rééduqué et discipliné. Sous l'influence du traitement, crises et vertiges ont totalement disparu. Il travaille régulièrement à l'entretien du pavillon et après huit ans d'hospitalisation, on pense à un retour en hospice.

Dès son arrivée à l'hospice, il présente de nouveaux troubles du caractère et demande son retour à l'hôpital, où depuis, discret et travailleur, il a un comportement très satisfaisant.

Observation XX.

Débile mental, Emile B... vivait jusqu'à son hospitalisation, de maraudage.

Admis à l'âge de 46 ans en 1949, il n'a depuis, jamais posé de problème. Occupé régulièrement à la ferme de l'hôpital, il se trouve très satisfait de cette vie et refuse d'envisager toute possibilité d'aller ailleurs. Il est, à l'hôpital, "chez lui".

Reprenant les malades de ces différentes catégories, nous pouvons remarquer que :

- Dans la catégorie 01.

Les malades présentés ont trouvé à l'hôpital un milieu sécurisant. Encadrés et suivis attentivement, ils se sentent dépendants des médecins et du personnel soignant. A leur séjour dans le service, correspond la disparition progressive de leur angoisse à l'admission. Obscurément, ils craignent la réapparition de cette inquiétude au moment où ils retrouveront leur milieu antérieur, et l'idée d'une sortie leur procure un véritable "vertige".

Chacun d'eux pourtant, peut trouver chez lui, un milieu sûr et compréhensif, mais leur confiance est altérée. Pour les malades des observations II et III, les liens familiaux sont conservés et entretenus ; mais, dans le cas de l'observation IV, le détachement est total et c'est ouvertement que Célestin D... déclare n'être attaché qu'au milieu hospitalier.

Quant à Pierre G... (observation I), bien qu'ayant des biens importants lui permettant de prendre une gouvernante pour s'occuper de lui ou de choisir une pension confortable, il refuse obstinément toute proposition de sortie, préférant même, nous l'avons vu, l'inconfort dans le service, au confort hors de l'hôpital.

L'enracinement des mélancoliques en milieu psychiatrique est surtout important dans le cas des mélancolies d'involution.

- Dans la catégorie 02.

Nous ne retrouverons pas de malades présentant ce syndrome d'enracinement. En effet, les états confusionnels aigus ou subaigus sont caractérisés par leur brièveté et considérés par le malade comme accidents passagers qui ne se reproduisent pas. Très vite, au contraire, le malade demande sa sortie. De plus, il est à noter que ces états sont très rares.

- Dans la catégorie 03.

Le problème est semblable au précédent. La brièveté de l'épisode délirant fait que la famille comme le malade

rattachent ces troubles à une déficience physique passagère. Il n'est, pour eux, absolument pas question de maladie mentale et la sortie est rapidement demandée. En peu de temps, la bouffée délirante disparaît complètement, il y a une restitution totale et rapide de l'état psychique du malade.

- Dans la catégorie O4.

Nous retrouvons par contre un grand nombre de malades enracinés dans cette catégorie qui constitue le "fond asilaire". Malades pour la plupart longuement hospitalisés, ils présentaient à leur admission des troubles importants de dissociation et de discordance des fonctions psychiques, affectives, intellectuelles et psychomotrices. Leur réadaptation qui a été lente et progressive fait qu'ils ont eu le temps de s'incruster au milieu hospitalier étirant peu à peu les liens qui les rattachaient à l'extérieur.

Alexandre G... (observation VI), par exemple, accepte de temps en temps d'aller dans sa famille en permission, mais il a réorganisé sa vie à l'intérieur de l'hôpital et c'est là qu'il se considère davantage chez lui.

Pour beaucoup d'autres, au contraire, c'est la famille

qui peu à peu s'est détachée du malade. Lasse de rechutes fréquentes, elle a perdu l'espoir d'une guérison. La sévérité du tableau pour certains, en période aiguë, l'effraie. L'hospitalisation de son malade est pour elle une sécurité. Peu à peu, l'intérêt pour le malade s'estompe. La longueur de l'hospitalisation fait que la vie familiale se réorganise en dehors de lui (observations V - VII). Le malade le réalise et s'attache d'autant plus à l'hôpital.

- Dans la catégorie 05.

Nous n'avons pas retenu de malades correspondant à notre définition de l'enracinement. En effet, si ces délirants calmes et sans histoires dans le service mènent une vie régulière, et parfois même active à l'hôpital, il est impossible d'envisager leur remise en circuit.

- Dans les catégories 06 et 07.

Nous ne retrouvons pas, pour les alcooliques, de syndrome d'incrustation. La psychothérapie dont ils bénéficient, se fait dès leur prise en charge par le médecin, dans le sens d'une réadaptation sociale et professionnelle sans le désinsérer de la société. Souvent même, une admission a été déter-

minée par contrainte morale : menace de divorce, perte de l'emploi. Leur seul but est alors de s'en libérer.

- Dans la catégorie 08.

Il ne peut être question de réadaptation de ces malades atteints de troubles organiques sévères.

- Dans la catégorie 09.

Nous ne relevons que peu de malades enracinés à l'hôpital psychiatrique. S'ils y sont admis, c'est qu'ils présentent des troubles importants du comportement et deviennent asociables.

Notre observation (XI) représente un des cas les plus typiques de cette hyperadaptation à l'hôpital qu'engendre la déficience des hospices.

- Dans les catégories 10 et 11.

Comme pour la catégorie 8, il est évident que l'hospitalisation est nécessaire et définitive.

- Dans la catégorie 12.

Le problème des névroses doit retenir tout particulièrement notre attention. De nos observations, il ressort que le névrotique est le malade qui, le plus facilement a tendance à s'enraciner à l'hôpital psychiatrique, où il retrouve tous les éléments nécessaires à l'entretien de sa névrose, considération, attention... Plus se prolonge l'hospitalisation, plus l'enracinement devient tenace. Dans l'intérêt du malade, le psychiatre averti devra énergiquement éviter ou abréger la durée du séjour, gardant présent à l'esprit le souci d'empêcher une rapide adaptation au milieu asilaire. L'hospitalisation cultive la névrose.

- Dans la catégorie 13.

Nous constatons que les déséquilibrés, de façon consciente ou inconsciente font tout pour se retrouver dans le cadre de l'hôpital. Faute de milieu structuré, ils n'ont pu se fixer à l'extérieur. Seule, la vie dirigée des services, leur a permis de s'épanouir.

- Dans la catégorie 14.

Nous retrouvons les débiles à l'horizon "rétréci"

et qui n'ont pu se faire valoir que rapport à des malades plus diminués qu'ils ne le sont eux-mêmes. Abandonnés de tous à l'extérieur de l'hôpital, ils ont trouvé là un peu de considération.

Cette série d'observations, nous montre combien sont différents sur le plan psychiatrique ces malades que nous trouvons enracinés dans les services hospitaliers. Ils n'ont tous qu'un seul désir, ne plus quitter le service. Pour la plupart, progressivement abandonnés des leurs, c'est une protection qu'ils viennent quêter à l'hôpital. Admis pour la première fois alors qu'ils étaient encore jeunes, ils se sont recréé un environnement affectif et désormais, ils considèrent l'hôpital comme leur famille.

Pour tous, nous pouvons noter la même ligne générale d'évolution, et après plusieurs années, nous les retrouvons calmes, sans histoires. Ils ont su gagner la confiance et même l'attachement de chacun. Ils sont intégrés dans l'hôpital et il semble même à beaucoup d'entre eux que leur activité est indispensable à la bonne marche du service où ils se trouvent.

Tous ont en commun un caractère doux et soumis. Mis en confiance et bien encadrés, ils sont tous capables d'efforts réels et leur activité n'est pas négligeable. Nous les retrouvons aux jardins, à la cuisine, à la lingerie où ils s'occupent

avec intérêt et de façon très régulière.

Cette docilité, cette soumission, l'exaltation de leurs efforts après la mise en confiance nous prouvent que pour tous ces malades, des troubles de carence affective sont au premier plan.

Cette perturbation de l'affectivité détermine la difficulté d'adaptation au milieu qui est source de conflit dans toutes les relations humaines.

Ce trouble affectif ramène le malade au stade de l'enfant qui demande aide et protection. Le conditionnement artificiel du milieu hospitalier va lui permettre de retrouver un niveau d'adaptation pour une meilleure reprise de contact. La psychothérapie dont il doit être l'objet, devient alors un véritable problème d'éducation. Après une mise en confiance,le malade est amené à "grandir", à devenir adulte pour assumer ses responsabilités, à vivre en homme libre et indépendant.

De tendance hyposociable, il n'accepte pas toujours cette évolution qui lui demande quelque effort, il s'incruste progressivement dans la société fermée de l'hôpital, aidé en cela tant par sa personnalité même, que par de nombreux facteurs extérieurs. Ses besoins deviennent moindres, il perd le

peu d'instinct de combattivité qui lui restait et en arrive à une désintégration irréversible.

FACTEURS DETERMINANT L'ENRACINEMENT

FACTEURS DETERMINANT L'ENRACINEMENT

Deux groupes de facteurs essentiels interviennent dans cette hyperadaptation :

. Des facteurs intrinsèques.

. Des facteurs extrinsèques.

- Les facteurs intrinsèques dépendent de la personnalité même de l'individu. Suivant ses tendances, il trouve à l'hôpital cet élément complémentaire qui lui permet de s'harmoniser au mieux avec le monde qui l'entoure.

Le débile qui, comme l'écrit SOLLIER est un infrasocial, suggestible, instable, au point de ne pouvoir accomplir une carrière régulière, sera surveillé de façon continue à l'hôpital, perpétuellement encadré et stimulé. Alors qu'il est bafoué par tous à l'extérieur, il trouvera là une certaine considération et se sentira valorisé par rapport aux imbéciles ou aux idiots des pavillons de chroniques.

Le petit anxieux trouvera lui, un climat sécurisant. Dégagé de toutes responsabilités, libéré de toute initiative, dans ce milieu où l'on pensera, où l'on agira pour lui et où il n'aura pas d'effort positif à accomplir.

Le schizophrène, aboulique, a conscience des difficultés qui l'attendent hors de l'hôpital. Ici, compris par l'entourage, il pourra continuer à vivre tranquillement sans être à chaque instant importuné. Tout sera décidé pour lui.

Le déséquilibré, malgré ses troubles du caractère est accepté par un personnel compréhensif qui lui pardonne ses sautes d'humeur et contrairement au monde de l'extérieur, ne prend pas systématiquement à son égard, une attitude moralisatrice.

Pour bien d'autres encore, le syndrome aigu imparfaitement enrayé, il persiste un fonds de sous-adaptation sociale. C'est le cas, par exemple, des vieilles schizophrénies pour qui l'hôpital devient un véritable refuge.

Tous, enfin, dans ce milieu hospitalier retrouveront un entourage qui les accepte tels qu'ils sont, qui les comprend. A l'extérieur, au contraire, le seul fait bien souvent, d'avoir eu recours à un psychiatre, leur laisse deviner qu'ils

sont mis à l'index et même si un effort est fait pour les accepter, ils perçoivent toujours cette sorte de compassion ou parfois même de méfiance éprouvée à leur contact par tous ceux qui les approchent. Ils ressentent que, pour la société, leur passage en psychiatrie les a marqués à vie.

Cette sourde hostilité ne peut les mettre à l'aise, un peu gauches et maladroits, ils se voient critiqués, bousculés, puis rejetés. Leur seul secours est encore l'hôpital où ils seront sûrs de retrouver aide et compréhension. Nombreuses observations nous permettent de constater qu'à leur retour dans le service, les troubles de cet épisode aigu disparaissent très vite. L'admission est pour eux comme un soulagement. C'est avec un plaisir certain qu'ils retrouvent le personnel chargé de s'occuper d'eux et, en peu de temps, de nouveaux rééquilibrés, ils reprennent leurs activités dans les différents pavillons ou ateliers.

- Les facteurs extrinsèques qui favorisent l'adaptation viennent surtout des conditions de vie dans lesquelles sont placés les malades à l'intérieur de l'hôpital. Ces conditions ont été particulièrement améliorées depuis ces dix dernières années, et l'on pourrait penser qu'elles sont à elles seules responsables de la fixation des malades au service.

En effet, ce qui était autrefois l'asile s'est peu à peu transformé en hôpital, les barreaux, les cellules, les chaînes font maintenant partie de l'histoire.

A son admission dans le service, le malade est pris en charge par médecins et infirmiers. Dès que son état le permet, il participe activement à la vie du pavillon. Orienté ensuite vers un atelier de son choix, il devient le "travailleur", ce qui déjà le place, relativement à d'autres, et lui donne quelques petits avantages : le pécule, la considération par rapport à ceux qui boudent un temps, toute occupation.

Au cours des jours, peu à peu, le malade organise sa vie et l'on peut voir à quel point, certains se considèrent "chez eux", quand dans la visite des dortoirs de malades hospitalisés depuis plusieurs années on inspecte "le coin" de chacun. Pour les uns férus de sports, vélo, voitures de courses, photos d'équipes sportives, constituent le principal décor, pour les autres se sont des images de vedettes féminines de cinéma ou de music-hall. D'autres encore collectionnent leurs souvenirs de voyages ; chacun, manifestement, considère comme son propre territoire, ce petit espace qui entoure son lit.

Dans chaque pavillon, la radio et la télévision le tiennent au courant des actualités et lui permettent de trouver les soirées moins longues.

Au foyer, il peut se rendre librement, retrouver les malades des autres pavillons, accueillir sa famille ou ses amis.

Une fois par semaine, le cinéma lui présente des films sélectionnés pour lui plaire.

S'il aime le sport, différentes possibilités lui sont offertes : tennis, volley, basket, foot-ball, sans oublier la marche à pieds qui est l'occasion de pique-niques dans les coins les plus attrayants de la région.

Ces diverses activités favorisent les contacts avec le monde extra-hospitalier lors des matches avec les différentes associations de la ville ou de toute autre région.

Une fois par an, un voyage de quatre jours au bord de la mer, permet encore des sorties agréables. Les projets faits à chaque retour, prouvent bien que le malade espère être encore là l'année suivante.

Le problème le moins facile à résoudre est, semble-t-il, le problème de la sexualité. Une étude de leur mode de vie nous a révélé que chacun des malades l'a résolu à sa façon, hétérosexuelle pour certains, homosexuelle pour d'autres, ou même "autosexuelle". Il apparaît qu'une étude plus détaillée pourrait être consacrée à ce sujet.

Tout ce programme est loin de celui qu'imaginent encore bien des gens pour qui la psychiatrie est un monde de cris, d'anxiété, de terreur où la force est la seule thérapeutique efficace.

Le régime actuel n'a pu, évidemment, être appliqué que grâce au secours de la chimiothérapie dont les progrès considérables depuis les dix dernières années ont permis de stabiliser et de guérir nombre de malades mentaux. Mais d'un tel régime qui pourrait se plaindre ? Le malade est roi, tout est fait pour améliorer sa condition sur tous les plans. Il semble donc, inévitable que certains trouvent toute satisfaction à ce rythme de vie, et n'éprouvent aucun désir de s'y soustraire.

Beaucoup n'ont pas chez eux, cette facilité de vie et de confort. La nourriture copieuse et abondante leur est

assurée chaque jour. Le travail n'est pas trop lassant, les loisirs sont organisés. Au moindre ennui physique, un médecin est avisé.

Comment ne pas s'installer confortablement dans cette société bien organisée ? Il semblerait que ce soit la réaction de chacun.

Il est certain que dans cette ambiance agréable d'attention et de compréhension, quelques malades trouvent une réelle satisfaction et n'envisagent pas avec enthousiasme la sortie et la reprise d'une activité extérieure qui leur fera retrouver les soucis abandonnés à l'entrée. Ils réalisent qu'ils ont été reconditionnés à un mode de vie qu'ils ne retrouveront pas au dehors.

Y a-t-il donc eu erreur et est-ce un mal que de vouloir améliorer au mieux la condition de vie du malade à l'intérieur de l'hôpital ?

Le problème s'est posé quand les promoteurs de cette formule ont présenté leurs principes. Ils se sont vus même accusés de vouloir "cultiver l'aliéné", en l'installant trop confortablement à l'hôpital, lui donnant ainsi le désir d'y demeurer plus longtemps.

A première vue, la critique peut paraître valable mais nous ne devons pas être aussi exclusifs, il faut lui apporter quelques nuances.

Le but de ces efforts a été de ne pas couper le malade de toutes manifestations extérieures, de l'aider à s'adapter à un milieu qu'il n'accepte pas toujours d'emblée et de le rendre plus accessible à une psychothérapie qui doit se faire à chaque étape de l'hospitalisation et en toutes circonstances. Il s'agit au départ, d'une mise en confiance, d'une sorte d'apprivoisement. Cette confiance s'avère indispensable pour l'amélioration du malade.

Mais, au moment de la sortie, il apparaît que le "vertige" provient également de la difficulté que présente pour le malade, sa réadaptation à l'extérieur de l'hôpital.

Après avoir vécu dans un milieu protégé, au rythme lent et régulier, sa guérison n'étant pas parfaite, il est lui-même ralenti par les neuroleptiques. Cet état ne facilite pas sa réintégration dans la société, où le rythme de vie s'accélère de plus en plus. Les progrès de la thérapeutique psychiatrique ont, de façon certaine, modifié au cours des temps le tableau du malade mental mais son évolution n'a pas

été parallèle à celle de la société.

Une connaissance des neuroleptiques plus précoce aurait évité, semble-t-il, ce problème de réintégration. Le syndrome d'imprégnation qui ralentit l'activité du malade l'aurait moins gêné. Le rendement demandé était alors moins intense, et le travail plus artisanal dans tous les domaines, n'exigeait pas une rapidité de réflexes telle que le demande actuellement la surveillance d'une machine par exemple.

De plus, la tendance actuelle de l'organisation du travail s'oriente vers un travail en équipe, chaque homme est le maillon d'une chaîne et il lui faut suivre le mouvement en harmonie avec tout un ensemble.

La société est devenue moins tolérante dans tous les domaines. La présence de malades mentaux dans les ensembles collectifs n'est tolérée par personne. Cela tient encore à un vieux préjugé qui entretient une crainte profonde et fait considérer le malade comme un "fou dangereux" en puissance.

Ajoutons dans les facteurs extrinsèques de l'enracinement, les lois sociales qui, parfois donnent aux malades un avantage matériel si important que la prime touchée pendant l'hospitalisation est supérieure à son gain professionnel.

Dans ces conditions, le malade tente de prolonger le plus possible son séjour dans le service.

La famille de son côté, favorise cette tendance dans son inquiétude, pas toujours avouée, de devoir reprendre son malade. Il est souvent une gêne et parfois même une honte pour l'entourage. Son hospitalisation a été un soulagement pour tous et la vie s'est réorganisée sans lui.

Le médecin lui-même en raison des problèmes sociaux qu'ils soulèvent, tend à limiter les risques d'une sortie aux résultats incertains.

La connaissance de ces deux groupes de facteurs favorisant l'enracinement en milieu psychiatrique, amène à rechercher un remède pour cette hyperadaptation à l'hôpital et favoriser la réinsertion sociale.

Dans de nombreux cas, l'idéal serait d'éviter le contact du malade avec l'hôpital psychiatrique. Comme pour la maladie tuberculeuse, il serait, semble-t-il, nécessaire de multiplier les centres de dépistage et de prévention.

Parfois cependant, l'hospitalisation est inévitable et même nécessaire. Elle ne doit pas alors être traumatisante

et prendre une allure inquiétante de par le fait qu'il s'agit de psychiatrie. Le malade, doucement préparé ne doit pas considérer cette admission autrement que dans un service de médecine générale. Le séjour sera le plus bref possible. Dès leur premier contact, le médecin fera comprendre au malade, que cette hospitalisation n'est qu'une étape dans sa vie, que déjà il faut prévoir la sortie, ne pas se déplanter de la société pour s'enraciner à l'hôpital, mais garder un contact permanent avec le monde de l'extérieur dans le cadre de la famille et du travail.

Il s'agit, au départ, d'une mise en confiance, d'une sorte d'apprivoisement. Cette confiance s'avère indispensable pour l'amélioration du malade.

Il faut fonder la thérapeutique sur "l'idée d'un conditionnement du malade". Mais dans la courbe d'évolution du malade psychiatrique existe un sommet au niveau duquel il faut savoir intervenir pour éviter l'hyperadaptation qui fera du malade stabilisé, un chronique (obs. 2 -4). Le psychiatre doit être en mesure de juger lui-même la durée de cette phase utile. Il doit avoir présente à l'esprit, l'idée de ne pas trop incruster le malade et savoir discerner le moment où il lui faut le préparer psychologiquement à envisager sa sortie. Une

prolongation de l'internement au-delà de ce stade ne peut être que néfaste et aboutir à un enracinement asilaire inéluctable. Elle paraît être une solution de facilité pour le malade comme pour l'équipe soignante.

La tâche de cette dernière ne s'arrête pas au moment où a pris fin l'épisode des troubles aigus, ou, s'il s'agit d'un malade chronique, quand il est stabilisé, elle doit même se poursuivre jusqu'à la réhabilitation totale du malade dans la société.

Le malade sortant que nous avons vu de nouveau inquiet, ne doit pas se sentir abandonné dans un monde hostile. Une solution de continuité doit exister entre l'encadrement hospitalier et le support extérieur. Ce support doit être apporté par le médecin sous forme de post-cure, mais aussi par la famille et les employeurs qui auront à prendre en charge le malade sortant.

Les statistiques de BECK - BONNET - ROUSSEAU objectivent de façon éloquente l'importance du milieu de sortie, et traduisent que les rechutes sont d'autant plus fréquentes que le milieu dans lequel est sorti le malade est moins communautaire et moins structuré.

Nombreuses expériences entreprises en ce sens, montrent l'avantage de cette formule qui, réduisant le temps d'hospitalisation, permet une réintégration plus rapide du malade dans la société, évitant son enracinement dans les services psychiatriques.

L'hôpital psychiatrique devient un instrument thérapeutique au milieu d'un certain nombre d'autres institutions à visée identique (dispensaires, centres de post-cure).

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

- L'observation de certains malades mentaux hospitalisés de longue date, nous montre que, même stabilisés, ils restent des terrains fragiles et demandent un encadrement permanent. Stoppés dans l'évolution normale de leur personnalité ou ayant regressé sous l'influence d'un processus pathologique, ces sujets manquent de maturité et pareils à des mineurs, ils ont un besoin constant d'aide et de soutien.

Libérés brutalement en milieu normal, ils se retrouvent seuls, considérés en adultes par une société intolérante qui ne les comprend pas encore assez ou ne les accepte plus. En 1954, déjà, ce problème de l'attitude de la société à l'égard des maladies mentales, avait été soulevé par plusieurs médecins psychiatres qui soulignaient ce préjugé défavorable vis-à-vis des malades mentaux.

En douze ans, cette attitude ne semble pas avoir

beaucoup évolué et il subsiste toujours dans la plupart des esprits cette méfiance morbide à l'égard des malades mentaux.

Peut-on espérer qu'elle soit totalement enrayée un jour ? Lentement, au cours des temps peut-être. L'attitude même des milieux les plus évolués vis-à-vis de la psychiatrie, laisse penser que ce temps sera long.

En attendant, les malades se réfugient à l'hôpital, encombrent les services prévus pour le traitement de syndromes aigus, et, régulièrement, le psychiatre se retrouve face au problème de la sortie.

Il apparaît alors que si les nombreux efforts réalisés pour améliorer la vie sociale dans les hôpitaux psychiatriques ont apporté un progrès certain, il reste encore beaucoup à faire pour une meilleure réadaptation sociale des malades mentaux.

Nous avons vu qu'au cours de l'hospitalisation même, l'équipe psychothérapeutique ne pouvait avoir une attitude standardisée, mais devait agir en fonction de chaque cas particulier et ce, de façon progressive et nuancée. Parallèlement à l'évolution du malade, l'attitude de l'univers thérapeutique devra évoluer. Après avoir fait accepter au malade

l'hospitalisation nécessaire, elle fera percevoir l'allure artificielle de cette petite société hospitalière, l'amenant doucement à envisager le retour vers une société normale.

Mais ce retour doit être aussi accepté par la famille et l'entourage dont l'action devra prolonger celle du médecin.

Diverses formules ont été proposées pour assurer une post-cure qui s'avère indispensable pour ces êtres fragiles : soins à domicile, placement familial, hôpitaux de jours, ateliers de réentraînement à l'effort, en fait un stade intermédiaire qui, après l'hôpital, réadapte progressivement le malade et l'aide à se réinsérer. Cela suppose évidemment la mise en place d'un important service de tutelle extra-hospitalière.

C'est dans cet esprit que la circulaire ministérielle du 15 mars 1960, envisage la secteurisation des départements afin que soit assurée la continuité du traitement par une même équipe médico-sociale.

La mise en application de cette formule permettrait d'éviter ou de limiter l'hospitalisation en milieu psychiatrique, prévenant ainsi les risques d'une hyperadaptation progressive.

Il est permis de se demander s'il est plus grave pour le malade de subir une sortie prématurée avec risques de rechutes, plutôt qu'une sortie tardive avec risque d'enracinement ?

L'hôpital psychiatrique doit être un centre psychothérapique actif, mais il reste encore trop souvent, un milieu protecteur artificiel parce que non différencié ni complété par d'autres formations d'assistance. Il ne peut éviter actuellement l'enracinement d'un petit nombre de malades à processus morbide chronicisé, mais ne doit pas devenir une solution de facilité pour des sujets qui accepteraient trop simplement une existence d'hospice de bonne qualité, mais non justifiée cliniquement.

B I B L I O G R A P H I E

BIBLIOGRAPHIE

ABELY X. et LAUZIER J. -

Assistance et Protection des malades mentaux - Paris 1950 -

ABOULKER-CHERTOK SAPIR -

Psychosomatique et chronicité - Maloine 1964 -

ADNES A. -

Réflexions sur l'asile, l'hôpital psychiatrique et psychiatrie de secteur - Revue Pratique de Psychologie de la vie sociale et Hygiène Mentale - 1957 n. 4 - p. 142-156 -

BALIER -

Principes élémentaires pour la réadaptation des malades mentaux par le travail - Thèse Paris 1954 -

BARUK -

La Psychiatrie sociale - Que sais-je n. 669 -

BASTIDE R. -

Sociologie des maladies mentales - Paris - Editions Flammarion 1965 -

BEC G.- BONNET H. - ROUSSEAU G. -

Les rechutes après sortie de l'hôpital psychiatrique. Inf. Psych. (Information psychiatrique) 1959 -

CHANOIT -

Tendance actuelle de l'Assistance psychiatrique -
Thèse Paris 1955 - n. 1034 -

CHATAGNON et MOREL -

L'Ancien Régime et l'Assistance aux Malades mentaux.
Annales Médico Psychologiques, juin 60 - p. 437 -
(A. M. P.) -

DAUMEZON G. -

Enracinement des malades guéris à l'asile.
Hygiène Mentale 1946-47 - n. 4

DAUMEZON G. -

Le vertige de la sortie.
A. M. P. 1947, I, 78.

DAUMEZON G. -

Attitude de la Société à l'égard des maladies mentales.
Hygiène Mentale - 1954, n. 2, 71 -

DEGRAIS -

La sortie du malade traité à l'Hôpital psychiatrique.
Thèse Bordeaux 1960 -

DOUSSINET -

Le retour du malade à la vie sociale.
Revue Pratique de Psychologie de la vie sociale et
d'hygiène mentale 1958 -
Supplément p. 41-44 -

DUBLINEAU J. - P. HIVERT - UNAL -

L'Hôpital psychiatrique et les problèmes externes de
réadaptation.
Société Médico Psychologique du 24 octobre 1960 - p. 760 -

EY -

Humaniser l'Hôpital psychiatrique.
Paris - Editions du Cerf - 1959 -

FERNANDEZ ZOILA A. -

Problèmes actuels d'Hygiène mentale.
G. M. de France, I, IV, 1961, 909 -

FERNANDEZ ZOILA A. -

Personnalisation et Hygiène mentale.
G. M. de France, I, IV, 1961, 915 -

FOLLIN et BALIER -

Le Médecin n'est pas un juge mais un psychothérapeute.
Inf. Psych. Décembre 1954, n. 10 -

GILLON J. J. -

La réinsertion sociale des handicapés.
Concours Médical, 23, V, 1964, 3379 -

HAZEMANN R. H. -

La Psychiatrie Sociale et les attitudes de la collectivité.
Inf. Psych. juillet 1949, p. 413-430 -

HAZERA M. -

Les rapports sociaux à l'Hôpital psychiatrique.
Leur intérêt psychothérapeutique.
Thèse Bordeaux, 1956, 119 p. Imp. E. TAFFARD - Bordeaux.

JUNG G. G.

La guérison psychologique.
Genève 1953 - Librairie de l'Université - Georg et Cie S. A.

KLOTZ H. P. -

La Médecine Psychosomatique.
Expansion Scientifique Française - 15, rue Saint Benoit - Paris VI, 1965 -

KOECHLIN -

Réadaptation Sociale des malades mentaux.
Hygiène mentale, 1954, n. 2, 67 -

KOECHLIN P. -

Psychiatrie de secteur en province.
Inf. Psych. 59 -

LAUZIER J. -

Hôpital psychiatrique de demain.
Inf. Psych. 1959 -

LE GUILLANT -

Une expérience de réadaptation sociale.
Hygiène Mentale, 46, 47, n. 6 -

LE GUILLANT -

Trois expériences de pratique psychiatrique extra-hospitalière.
Extraits de l'Inf. Psych. mai 1964, avril 1965, mai 1965 -

LE GUILLANT-PARIENTE -

Projet de Centre de Réadaptation sociale et professionnelle.
L'Inf. Psych. mai 1965, n. 5 -

MACLAY W. S. -

L'organisation d'un Hôpital psychiatrique.
Inf. Psych. 1959 -

MARKICH H. -

Entrées itératives à l'Hôpital psychiatrique.
Thèse Paris 1955, n. 865 -

Mme MASSON -

Le critérium médico-social de la sortie des malades chroniques inoffensifs.
A. M. P. 1948, 2, 181 -

MIGNEN J. C. -

Contribution à l'étude du sédiment asilaire.
Thèse Paris 1956, 662.

MONTASSUT M. - LEROY C. -

De quelques répercussions psychologiques et psychiatriques contemporaines.
G. M. de France, 1, IV, 1962 -

MORIN J. - GOASGUEN J. - PAGES M. -

Quel peut-être l'avenir des malades mentaux après un internement de longue durée ?
Inf. Psych. 1959 -

NACHIN -

A propos de l'utilisation des données analytiques en psychothérapie courante.
Compte-rendu du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue française.
Lille 27 juin, 2 juillet 1960 -

PAUMELLE Ph. -

Assistance extra-hospitalière.
Encyclopédie médico-chirurgicale - 37 950, A 10, 1956 -

RONDEPIERRE et JOLIVET -

La Réadaptation sociale du malade mental.
G. M. de France, 1, IX, 1959 -

ROULLET P. -

Etude psychosociologique comparative de deux échantillons de malades hospitalisés.
Thèse Paris 1964 -

SIGWALD J. - STEIN C. - QUETIN A. -

Influence de la vie moderne sur l'état psychique de l'individu.
G. M. de France, 2, IX, 1956 -

SIVADON P. - ANIEL R. - BAUNE S. -

Trois années de fonctionnement d'un centre de Post-cure pour malades mentaux.
A. M. P. juin 1960 -

SIVADON P. -

Réadaptation sociale des malades mentaux.
Hygiène mentale, 1955, 2 -

SUTTER J. M. et PELICIER Y. -

Chimiothérapie et Psychothérapie.
Compte-rendu du Congrès de Psychiatrie et
Neurologie de Langue française -
Lille, 27 juin, 2 juillet 1960 -

TAILLARDAT -

Contribution à l'étude de l'adaptation des
malades mentaux à la vie asilaire -
Thèse Paris 1943, 283 -

UEBERSCHLAG -

Humaniser l'Hôpital psychiatrique -
Paris - Editions du Cerf - 1959 -

VEILLON -

Sociothérapie pratique à l'Hôpital psychiatrique.
Thèse Paris 1964 -

VERMOREL H. et VERMOREL M. _

Essai sur l'Evolution de l'Hôpital psychiatrique -
L'Inf. Psych. 1966, n. 2, 117 -

VU, le Président de Thèse,

Professeur M. ROUZAUD

VU, le Doyen de la Faculté

de Médecine et de Pharmacie de TOURS

Professeur G. DESBUQUOIS

VU, et permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie

G. ANTOINE